



ESTADO DE CALIFORNIA
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DE LA SALUD ADMINISTRADA

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS
Y DECLARACIÓN DE PARENTESCO**

Si el paciente es menor de edad, es incompetente o discapacitado, o solicita ser representado por otra persona, el padre, tutor, conservador, pariente, médico, abogado u otra persona designada al efecto, según sea indicado, puede firmar la Solicitud para Evaluación Médica Independiente y actuar en representación del mismo.

Con excepción de las limitaciones expresadas previamente y más adelante en este documento, el abajo firmante da permiso para divulgar todos los registros médicos, de cualquier tipo, perteneciente a _____ (Nombre del inscrito).

Esta autorización abarca el historial médico, de salud mental, de abuso de drogas o alcohol, de antecedentes de VIH, imágenes radiográficas y también los datos e información pertinentes que no sean de origen médico.

Esta autorización permite la divulgación de los registros médicos por parte de todos los proveedores médicos, el Plan de Salud del paciente, el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California y sus asesores, y cualquier organización de evaluación médica independiente, o sus examinadores, autorizada por el Departamento de Atención de la Salud Administrada para analizar reclamos relacionados con los servicios de atención de salud. Se autoriza la divulgación y revelación de los registros médicos sólo en la medida en que dichas personas o entidades lo consideren necesario para realizar el análisis de los reclamos o quejas mencionados.

Esta autorización vencerá un año después de la fecha indicada más abajo, con excepción del uso interno del historial médico por parte del Departamento o de otros usos permitidos por la ley. Esta fecha de vencimiento se aplicará a toda la información que forme parte de esta autorización y que no hubiera sido liberada previamente.

Esta autorización puede ser revocada o cancelada en cualquier momento. La revocación o cancelación cubrirá toda la información que forme parte de esta autorización y que no hubiera sido revelada previamente conforme a esta autorización.

_____ Nombre en letra de molde	_____ Firma
_____ (Parentesco o relación con el paciente)	_____ Fecha

Entregue el formulario completado a: Department of Managed Health Care, HMO Help Center, IMR Unit, 980 Ninth Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814. Si tiene alguna duda, puede ponerse en contacto con el Departamento al (888) HMO-2219, fax (916) 229-0465, TDD (877) 688-9891, visitar el sitio web del Departamento en www.hmohelp.ca.gov, o llamar a la línea directa _____.